



**AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
A CENTROS DE EVALUACIÓN Y PROVEEDORES DE ADATSA/ TRATAMIENTO PARA ADULTOS
RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
FOR ASSESSMENT CENTER AND ADATSA/ADULT TREATMENT PROVIDERS**

1. Yo, _____, autorizo a _____,
NOMBRE DEL CLIENTE

Centro de evaluación y/o proveedor de tratamiento contratado por DASA, a divulgar o recibir información relacionada con los resultados de mi evaluación de ADATSA/ADULTOS; informes médicos/psicológicos relacionados; recomendaciones de colocación; progreso en el tratamiento y beneficios de asistencia pública.

Esta información puede ser divulgada únicamente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud; a la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO), y a los siguientes contratistas que provean servicios de evaluación, tratamiento, atención médica, vocacionales, albergue y agente cobrador precautorio para ADATSA/ADULTOS:

- a. Proveedores de tratamiento de ADATSA/Adultos c. _____ e. _____
b. Otros Centros de evaluación de ADATSA/Adultos d. _____ f. _____

2. Esta información podrá utilizarse únicamente con los siguientes propósitos:

- a. Asistirme en mi plan de tratamiento y administración de caso;
b. Coordinar mi atención en mi condición de receptor de una evaluación, derivación, tratamiento, servicios médicos y/o vocacionales bajo los programas ADATSA, Pregnant and Parenting Women's (Programa de embarazo y maternidad responsable - PPW) y/o Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF).
c. Respaldar mi solicitud para programas adicionales de asistencia estatal y federal; y
d. Reunir la información necesaria sobre los programas de evaluación, estadísticas, colocación y reembolso por los servicios recibidos.

3. Asimismo, autorizo al centro de evaluación y/o al proveedor de tratamiento de ADATSA/ADULTOS, a divulgar o recibir la información relacionada con los resultados de mi evaluación y examen, las recomendaciones y/o el progreso en el tratamiento por parte de las siguientes agencias o individuos, para los propósitos limitados establecidos.

4. **Para coordinar mis necesidades de atención médica con mi tratamiento de dependencia química:**

INICIALES	NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

5. **Para emergencias o mensajes:**

INICIALES	NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

6. **Para cumplir con el tribunal; libertad vigilada o por necesidades de defensa:**

INICIALES	NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

7. **Para (propósito):**

INICIALES	NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	
-----------	--------	-------------------	--

Entiendo que mis registros están protegidos bajo regulaciones federales y estatales en materia de confidencialidad (42 CFR Parte 2 y WAC 440-22) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento escrito, a menos que de otra manera lo estipulen las regulaciones. Asimismo, entiendo que puedo revocar el presente consentimiento en todo momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones en virtud del mismo. Este consentimiento caduca a los 90 días de la fecha de su firma. Entiendo que no me puede ser negado el pago del tratamiento, el tratamiento en sí, la elegibilidad y la inscripción al programa de servicio por rehusarme a firmar la presente cesión de información.

Asimismo, doy fe de que se me explicó cabalmente la información a ser divulgada y que otorgué mi consentimiento por propia voluntad.

8. FIRMA DEL CLIENTE	9. FECHA DE FIRMA	10. FECHA DE CADUCIDAD
11. FIRMA DE NUEVA AUTORIZACIÓN	12. FECHA DE FIRMA	13. FECHA DE CADUCIDAD